

CASOS CLÍNICOS

Miasis cutánea: reporte de un caso y revisión de la literatura

Cutaneous myiasis: case report and review of the literature

Adeliza Manrique¹, Daniel Manrique², José Catacora²

RESUMEN

Se denomina miasis a la patología ocasionada por la infestación de larvas de moscas en el hombre, la cual puede presentar cuadros de gran severidad al producir lesiones cutáneas destructivas e invasivas. Se presenta el caso de una paciente de 30 años de edad, que adquirió la larva de *Dermatobia hominis* en la zona selvática del departamento de Cusco; además se describe el ciclo biológico del patógeno, las características clínicas de la enfermedad y opciones terapéuticas.

Palabras clave: Miasis, *Dermatobia hominis*, Perú.

SUMMARY

Myiasis is a disease caused by fly larvae infestation in humans, which could be severe, producing destructive and invasive skin lesions. We present the case of a 30 years-old female patient, who got infected by *Dermatobia hominis* larva in Cusco's jungle area; we also describe the life cycle of the pathogen, the clinical features of disease and treatment options human fly vital cycle, clinical features and treatment options.

Key words: Myiasis, *Dermatobia hominis*, Peru.

INTRODUCCIÓN

La miasis es una zoonosis producida por la infestación o invasión de tejidos vivos por larvas de Díptera^{1,2}. La especie *Dermatobia hominis*, de la familia Cuteribridae, se refiere a una mosca zumbadora que tiene órganos bucales atrofiados por lo que es incapaz de morder o picar³ presentando así, un ciclo vital muy peculiar⁴. El cuadro clínico tiene distintas formas de presentación, siendo la más frecuente la forma forunculoide. El tratamiento dependerá de la severidad del cuadro, siendo las técnicas de oclusión del forúnculo las más fácilmente empleadas y base de los tratamientos folklóricos descritos⁵.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 30 años, soltera, natural de Lima y procedente de La Convención (Cusco), en donde labora como asistente social en un campamento en zona de selva. Ingresa

a través de emergencia al servicio de dermatología del HNGAI refiriendo que, diez días antes del ingreso, despierta con lesión rojiza discretamente dolorosa en lado derecho de labio superior. Al ser evaluada por médico en su centro laboral, se evidencian dos orificios de entrada, por lo que es diagnosticada de mordedura de artrópodo, siendo medicada con prednisona y cefalexina, con el consecuente empeoramiento del cuadro. La paciente refiere incremento progresivo del volumen y dolor pulsátil intenso del labio, además de extensión del edema a zonas malar, mentoniana y cervical. Por esto es derivada a Lima en donde recibe desde cinco días antes del ingreso: naproxeno, ciprofloxacina, clindamicina e incluso ceftriaxona parenteral, secuencialmente sin mejoría, acusando fiebre y escalofríos, por todo ello es hospitalizada.

Como antecedentes patológicos de importancia la paciente relata apendicectomía y cesárea previas y lesiones menores cervicofaciales por accidente automovilístico previo, el resto no contributorio al cuadro. Al examen físico se evidencian funciones vitales normales, aumento de volumen en ambas regiones malares, mentón y predominantemente

¹ Médico residente de Dermatología. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima-Perú.

² Médico asistente del Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud. Lima-Perú.

labio superior, de consistencia indurada, muy doloroso a la palpación, con lesión erosiva en tercio central y secreción serosa escasa; linfadenopatías de 2-3cm aproximadamente submandibulares induradas, no adheridas, ni dolorosas (Fotografías 1 y 2).



Fotografía 1. Vista frontal de incremento de labio superior que cubre casi en su totalidad al labio inferior y lesión erosiva central con secreción serosa escasa.



Fotografía 2. Vista inferior donde se aprecia mejor la magnitud del incremento de volumen del labio superior.

Los exámenes auxiliares hematológicos y bioquímicos no mostraron anomalías. Se realizó raspado de lesión para investigación de leishmania que resultó negativa. También se realizó TAC de macizo facial con contraste en la

que se apreció aumento de volumen de partes blandas en relación a hematoma en evolución, no se apreciaron abscesos (Fotografía 3).



Fotografía 3. Aumento de volumen de partes blandas a nivel anterolateral de maxilar superior en relación a hematoma en evolución sin definirse abscesos.

La paciente ingresó al servicio con diagnóstico de síndrome indurativo centrorfacial y se plantearon las posibilidades de mordedura de artrópodo sobreinfectada y leishmaniasis entre otros. Se inició tratamiento con vancomicina 1g cada 12h y dexametasona 4mg cada 8h por vía parenteral. A las 24 horas de iniciada la terapia se observó gran mejoría del cuadro. Al quinto día la paciente refiere sensación de movimiento dentro de la lesión. Un día después se visualiza larva que asoma a través de orificio (Fotografía 4). Se procedió a la oclusión del orificio durante 12 horas obteniéndose larva de *Dermatobia hominis* al retirar la oclusión (Fotografía 5). Finalmente la paciente es dada de alta previa administración de ivermectina en una dosis de 200ug por kilo de peso.



Fotografía 4. Visualización de larva asomándose a través de orificio de lesión.



Fotografía 5. *Dermatitis hominis* en estadio larvario obtenida de paciente post oclusión.

DISCUSIÓN

De las múltiples familias de moscas, sólo cinco producen infestación de tejidos de vertebrados (miasis) y son por lo tanto de importancia médica: la familia Muscidae con sus especies: mosca doméstica, *Stomoxys calcitrans* y *Glossina palpalis*, la familia Sarcophagidae con su especie *Sarcophaga haemorrhoidalis*, la familia Calliphoridae, especies: *Callitroga macellaria*, *Callitroga americana* y *Phaenicia sericata*, la familia Oestridae con su especie *Oestrus ovis*, y finalmente la familia Cuteribridae con la especie *Dermatitis hominis*⁶.

Existen en la literatura múltiples formas de clasificar a la miasis: entomológica, según las características del hospedero (muerto o vivo); anatómica, de mayor utilidad; clínica: cutánea, en úlceras o heridas, de cavidades o viscerales³.

El presente caso se trata de una miasis por *Dermatitis hominis*, también llamada la mosca humana⁷, cuyo ciclo biológico se inicia cuando la mosca deposita alrededor de 24 huevos en el abdomen ventral de un mosquito (Sporophora) u otros insectos como garrapatas, fenómeno conocido como foresia. A los seis días estos huevos están ya maduros y eclosionan; la larva sale estimulada por el calor de la piel del sujeto picado por el insecto, cada larva penetra en la piel en forma indolora, alcanzando el subcutáneo a través de la picadura o de un folículo piloso, produciendo una lesión única. Requiere de cinco a diez semanas de maduración, alimentándose del tejido circundante y migrando a capas más profundas haciendo uso de sus garfios periorales e hileras de espinas y ganchos concéntricos corporales. Al parecer escapa de la destrucción por el sistema inmune al suprimir el sistema humoral. Una vez alcanzado su desarrollo, la larva deja el hospedero para convertirse en pupa o crisálida y alrededor de dos semanas después aparece una mosca adulta que vivirá de 9 a 12 días⁸. El ciclo vital total oscila entre los 120 y 122 días y se lleva a cabo en regiones tropicales o de climas templados,

en donde es conocido con distintos términos: "colmoyote" en México, y "paca" o "tornillo" en la selva peruana.

Desde el punto de vista clínico, a las 24 horas del ingreso de la larva aparece una pápula eritematosa con un pequeño poro central por donde drena escasa secreción serosa o purulenta, ésta es la forma clínica forunculoide; también se describe una forma lineal rampante y una forma subcutánea, en la que se presentan tumefacciones profundas y dolorosas que se atenúa y siguen un curso recurrente. En general, el paciente puede experimentar leve prurito, dolor local, sensación de movimiento de la larva, adenopatías, malestar e insomnio⁹.

Nuestra paciente presentó una forma inicial forunculoide, sin embargo, al momento que fue evaluada en nuestro servicio, podría decirse que impresionaba como una forma subcutánea, en la cual la extracción de la larva evitó el curso recidivante típico de ésta forma de presentación.

El diagnóstico definitivo se realiza al visualizar la larva, así ante una lesión sospechosa, una ecografía de partes blandas podría confirmar la presencia de la misma¹⁰. En este caso se realizó una TAC de macizo facial, sin contraste que no contribuyó al diagnóstico.

En cuanto al tratamiento, puede ser conservador o quirúrgico¹¹, se describen métodos físicos que tienen como objetivo asfixiar al parásito y hacerlo salir, valiéndose de apósitos, tela adhesiva o la aplicación de vaselina, entre otros, para ocluir el poro respiratorio, en nuestro caso se ocluyó con un adhesivo sintético (Tegaderm®) por 12 horas y no se precisó del uso de pinzas como se ha comentado en otros casos.

También se han descrito la inyección de lidocaína, administración tópica de éter o cloroformo y compresas calientes. La extracción se dificultará con la progresiva maduración de la larva y se podría precisar de una escisión quirúrgica convencional para tener éxito.

Así mismo, se ha reportado la efectiva administración tópica de ivermectina al 1% en propilenglicol por dos horas, el uso de ésta por vía oral a dosis de 0.2mg por kilo de peso también se ha recomendado, principalmente en casos de infestación extensa¹⁰. En nuestra paciente se administró adicionalmente ivermectina por vía oral debido a una baja pero existente probabilidad de larvas residuales y en ese sentido ofrecerle a ella mayor seguridad terapéutica; recordemos que dentro de las complicaciones descritas, además de la sobreinfección bacteriana y la invasión en profundidad llegando a dañar tejidos nobles (como encéfalo en niños), también se menciona el temor que experimenta el paciente dejándole la sensación de estar "lleno de gusanos", llevándole a depresión y aislamiento.

Se describe este caso ya que a pesar de ser de observación frecuente en algunos de nuestros hospitales, los reportes en la literatura peruana son escasos^{5,12-14}, agregándose el hecho de haber tenido una forma de presentación inusual que nos orientó inicialmente a proponer un planteamiento etiológico distinto a como el caso se resolvió finalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FRANCESCONE F, LUPI O. Tropical Dermatology: Myiasis. Philadelphia, Elsevier Inc; 2006. p. 393-9.
2. MOISSANT DE ROMÁN E, QUIJADA J, GARCÍA ME, SIMOES D, HERMOSO NK. Miasis furuncular en humanos producida por larvas de *Dermatobia hominis* (diptera: oestridae): Reporte de tres casos. *Kasmera* 2004;32(1):7-11.
3. CALLEJA-PASCUAL JM, PEREZ-URRUTIA E, CALVO-GAINZARAIN MA, LECUONA-IRIGOYEN A, MISKOVIC-KARACSONYI N, ITURRALDE-IRISO J. Miasis furuncular por *Dermatobia hominis* en viajera a país tropical. *Gac Med Bilbao* 2008;105:100-4.
4. HABIF TP, CAMPBELL JL, CHAPMAN MS, DINULOS JGH, ZUG KA. Enfermedades de la piel. Diagnóstico y tratamiento: Miasis por moscardón. Madrid: Elsevier España, SA; 2006. p. 312-3.
5. MIRANDA H. Miasis en Trujillo, Perú: observaciones clínicas y entomológicas. *Folia Dermatol* 2007;18(1):13-7.
6. MAGUIÑA-VARGAS C, OSORES F, FARIAS H, TORREJÓN D, ALCORTA T. Enfermedades por ectoparásitos: segunda parte. *Dermatol Peru* 2005;15:38-50.
7. ALCALÁ D, YÁÑEZ S. Miasis furuncular causada por *Dermatobia hominis*. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006;15:23-5.
8. ZÚÑIGA IR. Miasis: un problema de salud poco estudiado en México. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría* 2009;22(88):121-5.
9. MCGRAW TA, TURIANSKY GW. Cutaneous myiasis. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(6):907-26.
10. MAIER H, HÖNIGSMANN H. Furuncular myiasis caused by *Dermatobia hominis*, the human botfly. *J Am Acad Dermatol* 2004;50(2 Suppl):S26-30.
11. TAMIR J, HAIK J, ORENSTEIN A, SCHWARTZ E. *Dermatobia hominis* myiasis among travelers returning from South America. *J Am Acad Dermatol* 2003;48(4):630-2.
12. SEMINARIO M, COLÁN E. *Dermatobia hominis* en carúncula ocular. Reporte de un caso en Iquitos, Perú. *Diagnóstico* 1990;26:95-6.
13. VILLARREAL J, AGAPITO J, GUTIÉRREZ J, LAVANDER L. Miasis genital: A propósito de un caso. *Rev San Pol Nac Per* 1993;54:72-5.
14. GUILLÉN Z. Miasis. Miasis nasal producida por larvas de *Oestrus ovis* Linnaeus, 1758 (Diptera, Oestridae) en Lima, Perú. *Rev Per Med Trop UNMSM* 1994;8:115-6.